



Pre-Solicitud de Chandler División de Viviendas y Desarrollos

Completa por favor la solicitud y vuelva a la ciudad de Chandler de Viviendas Publicas. La dirección es Mail Stop 101, P.O Box 4008 Chandler, AZ 85244-4008. Aplicaciones incompletas serán devuelto.

Marque el programa que usted está solicitando: Vale de Elección de Viviendas (Sección 8) Programa de Viviendas Publicas

1 INFORMACIÓN DEL PRINCIPAL DE CASA:

(Apellido, Sr./Jr. Etc.): _____ Nombre: _____ Inicial _____

Seguro Social: -- Fecha de nacimiento: --

Numero de teléfono: -- Numero de teléfono alterno: --

Sexo: Masculino Femenina Edad: 62 Anos o mayor

Necesita una vivienda accesible para incapacitados? Si No

¿Qué tipo de vivienda accesible necesita usted? Sordo/a Movilidad Vista Otro

Domicilio de Correo:

Calle/PO Box: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Domicilio Físico:

Calle: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

2 Información de Composición Familiar: Lista a cada persona que vivirá en el apartamento asistido.

	Apellido	Nombre	I	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Seguro Social
1.				CABESA				
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

Si usted tiene más de 8 miembros en el hogar marque por favor aquí Liste los nombres adicionales en otro pedazo de papel

For office use only:

Number of bedrooms: 1 2 3 4 5 elderly 1 elderly 2 Verificado Por _____ Fecha _____

Mailing Address:
Mail Stop 101, PO Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

City of Chandler Housing and Redevelopment Division
<http://affordablehousing.chandleraz.gov>
Ph.(480)782-3200•Fax (480)-782-3220

Office Location:
235 S. Arizona Avenue
Chandler, AZ 85225

3 INFORMACIÓN DE INGRESOS

Cual es son los ingresos mensuales (antes de impuestos) de todo los miembros de su hogar: \$ _____

Trabaja usted en la ciudad de Chandler? Si NO

Fuentes de ingresos: _____

4 OPORTUNIDADES IGUALES

Se solicita que la información siguiente cumpla con exigencias de oportunidades iguales y asegure que ninguna discriminación ocurra. Su respuesta no afectará su selección para el programa. Por favor marque la caja apropiada.

Raza del principal de casa: Isleño Pacífico Afro americano Caucásico
 Amerindio Asiático

Pertenencia étnica del principal de la casa: Hispano No Hispano

5 HISTORIA CRIMINAL

Ha sido usted o cualquier miembro de su casa en esta aplicación alguna vez sido detenido por cualquier actividad criminal o actividad criminal relacionada con las drogas? Si No

Si su repuesta es sí, por favor declare que miembro de su casa, las fechas, cargas, ciudad y estado: (quien, que, cuando y donde)

Tienen actualmente o cualquier otro miembro de casa recibió la ayuda de alojamiento anterior? Si No

Si su repuesta es sí, lista quien, donde y cuando:

6 PREFERENCIAS DE CASA

La División de Viviendas Publica seleccionará familias basadas en las preferencias locales siguientes dentro de cada categoría de tamaño de dormitorio: Por favor compruebe cualquiera de los siguientes que se aplican a su casa: Todos los artículos comprobados serán verificados antes de que la ayuda sea ofrecida.

Persona (s) Desplazada: los Individuos o las familias desplazadas por la acción de administración municipal o cuya vivienda ha sido extensivamente dañada o destruida a consecuencia de un desastre declarado o por otra parte formalmente reconocido de acuerdo con Leyes de Alivio de desastre Federales.

Viviendo o Trabajando en la Ciudad de Chandler: los Candidatos deben residir o trabajar dentro de la Ciudad de Chandler. Los candidatos deben contribuirse hacia gastos de casa y deben ser físicamente empleados por un negocio dentro de la Ciudad de Chandler.

Personas Trabajadoras: los Candidatos con un miembro de familia adulto se matricularon en un programa de formación de empleo, actualmente de 20 horas por semana, o asisten a la escuela en completa. Esta preferencia también es ampliada igualmente a todas las familias mayores y todas las familias cuya cabeza o el cónyuge reciben ingresos basados en su inhabilidad de trabajar.

Ninguno de lo de arriba



AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION

Yo _____ por este medio doy mi permiso a la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler para obtener la información independiente sobre mí y mi familia para la determinación de la elegibilidad, el nivel apropiado de alojar ventajas y conveniencia en el Alojamiento de Estados Unidos y el Desarrollo Urbano ha asistido a programas de alojamiento. Expresamente, autorizo la liberación de la información de:

- Bancos y Otras Instituciones Financieras
- Oficinas de Crédito
- Tribunales
- Patrones Corrientes y Antiguos
- Propietarios Corrientes y Antiguos
- Medicina y/o Instalaciones de Tratamiento de Alcohol (limitado con la instalación que tiene la causa razonable de creer al candidato es contratado actualmente en el uso ilegal de sustancia controlada)
- Abastecedores Médicos
- el Centro de Información de Delito Nacional, Departamentos de Policía, y otras agencias de aplicación de la ley
- Abastecedores de: Pensión alimenticia, Puericultura, Apoyo de Niño, Ayuda de Invalidez y Asistencia Médica
- Escuelas y Colegios
- Administración de Seguridad Social estadounidense
- Departamento estadounidense de Asuntos Veteranos
- Compañías de Utilidad
- Otro: _____

Estoy de acuerdo que la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler puede usar fotocopias de esta autorización de acompañar sus peticiones de la información. Entiendo que la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler solicita documentos para verificar la elegibilidad, y el nivel de ventajas y conveniencia bajo HUD ha asistido a programas de alojamiento, incluso fuentes de ingresos y activos, salarios y reclamaciones de paro, información de declaración de renta, identificación y composición de la casa, alojando la historia. La División de viviendas de la ciudad de Chandler reconoce que la responsabilidad al grado proporcionado según la ley protege la información que esto recibe en la determinación de la elegibilidad del participante / del candidato para alojar la ayuda. Esta forma es válida durante doce (12) meses de la fecha de la firma del candidato/participante.

Firma de candidata/participante	Fecha	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social
Firma de otro miembro de familia mayor de 18 años	Fecha	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social
Firma de otro miembro de familia mayor de 18 años	Fecha	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social
Firma de otro miembro de familia mayor de 18 años	Fecha	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Seguro Social

Authorization for the Release of Information/ Privacy Act Notice

to the U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD)
and the Housing Agency/Authority (HA)

U.S. Department of Housing
and Urban Development
Office of Public and Indian Housing

PHA requesting release of information; **(Cross out space if none)**
(Full address, name of contact person, and date)

City of Chandler
Housing and Redevelopment
Mail Stop 101
P.O. Box 4008
Chandler, AZ 85244

IHA requesting release of information: **(Cross out space if none)**
(Full address, name of contact person, and date)

Authority: Section 904 of the Stewart B. McKinney Homeless Assistance Amendments Act of 1988, as amended by Section 903 of the Housing and Community Development Act of 1992 and Section 3003 of the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993. This law is found at 42 U.S.C. 3544.

This law requires that you sign a consent form authorizing: (1) HUD and the Housing Agency/Authority (HA) to request verification of salary and wages from current or previous employers; (2) HUD and the HA to request wage and unemployment compensation claim information from the state agency responsible for keeping that information; (3) HUD to request certain tax return information from the U.S. Social Security Administration and the U.S. Internal Revenue Service. The law also requires independent verification of income information. Therefore, HUD or the HA may request information from financial institutions to verify your eligibility and level of benefits.

Purpose: In signing this consent form, you are authorizing HUD and the above-named HA to request income information from the sources listed on the form. HUD and the HA need this information to verify your household's income, in order to ensure that you are eligible for assisted housing benefits and that these benefits are set at the correct level. HUD and the HA may participate in computer matching programs with these sources in order to verify your eligibility and level of benefits.

Uses of Information to be Obtained: HUD is required to protect the income information it obtains in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. 552a. HUD may disclose information (other than tax return information) for certain routine uses, such as to other government agencies for law enforcement purposes, to Federal agencies for employment suitability purposes and to HAs for the purpose of determining housing assistance. The HA is also required to protect the income information it obtains in accordance with any applicable State privacy law. HUD and HA employees may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of the income information that is obtained based on the consent form. **Private owners may not request or receive information authorized by this form.**

Who Must Sign the Consent Form: Each member of your household who is 18 years of age or older must sign the consent form. Additional signatures must be obtained from new adult members joining the household or whenever members of the household become 18 years of age.

Persons who apply for or receive assistance under the following programs are required to sign this consent form:

- PHA-owned rental public housing
- Turnkey III Homeownership Opportunities
- Mutual Help Homeownership Opportunity
- Section 23 and 19(c) leased housing
- Section 23 Housing Assistance Payments
- HA-owned rental Indian housing
- Section 8 Rental Certificate
- Section 8 Rental Voucher
- Section 8 Moderate Rehabilitation

Failure to Sign Consent Form: Your failure to sign the consent form may result in the denial of eligibility or termination of assisted housing benefits, or both. Denial of eligibility or termination of benefits is subject to the HA's grievance procedures and Section 8 informal hearing procedures.

Sources of Information To Be Obtained

State Wage Information Collection Agencies. (This consent is limited to wages and unemployment compensation I have received during period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.)

U.S. Social Security Administration (HUD only) (This consent is limited to the wage and self employment information and payments of retirement income as referenced at Section 6103(1)(7)(A) of the Internal Revenue Code.)

U.S. Internal Revenue Service (HUD only) (This consent is limited to unearned income [i.e., interest and dividends].)

Information may also be obtained directly from: (a) current and former employers concerning salary and wages and (b) financial institutions concerning unearned income (i.e., interest and dividends). I understand that income information obtained from these sources will be used to verify information that I provide in determining eligibility for assisted housing programs and the level of benefits. Therefore, this consent form only authorizes release directly from employers and financial institutions of information regarding any period(s) within the last 5 years when I have received assisted housing benefits.

Consent: I consent to allow HUD or the HA to request and obtain income information from the sources listed on this form for the purpose of verifying my eligibility and level of benefits under HUD's assisted housing programs. I understand that HAs that receive income information under this consent form cannot use it to deny, reduce or terminate assistance without first independently verifying what the amount was, whether I actually had access to the funds and when the funds were received. In addition, I must be given an opportunity to contest those determinations.

This consent form expires 15 months after signed.

Signatures:

_____	_____	_____	_____
Head of Household	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Social Security Number (if any) of Head of Household		Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Spouse	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date
_____	_____	_____	_____
Other Family Member over age 18	Date	Other Family Member over age 18	Date

Privacy Act Notice. Authority: The Department of Housing and Urban Development (HUD) is authorized to collect this information by the U.S. Housing Act of 1937 (42 U.S.C. 1437 et. seq.), Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. 2000d), and by the Fair Housing Act (42 U.S.C. 3601-19). The Housing and Community Development Act of 1987 (42 U.S.C. 3543) requires applicants and participants to submit the Social Security Number of each household member who is six years old or older. Purpose: Your income and other information are being collected by HUD to determine your eligibility, the appropriate bedroom size, and the amount your family will pay toward rent and utilities. Other Uses: HUD uses your family income and other information to assist in managing and monitoring HUD-assisted housing programs, to protect the Government's financial interest, and to verify the accuracy of the information you provide. This information may be released to appropriate Federal, State, and local agencies, when relevant, and to civil, criminal, or regulatory investigators and prosecutors. However, the information will not be otherwise disclosed or released outside of HUD, except as permitted or required by law. Penalty: You must provide all of the information requested by the HA, including all Social Security Numbers you, and all other household members age six years and older, have and use. Giving the Social Security Numbers of all household members six years of age and older is mandatory, and not providing the Social Security Numbers will affect your eligibility. Failure to provide any of the requested information may result in a delay or rejection of your eligibility approval.

Penalties for Misusing this Consent:

HUD, the HA and any owner (or any employee of HUD, the HA or the owner) may be subject to penalties for unauthorized disclosures or improper uses of information collected based on the consent form.

Use of the information collected based on the form HUD 9886 is restricted to the purposes cited on the form HUD 9886. Any person who knowingly or willfully requests, obtains or discloses any information under false pretenses concerning an applicant or participant may be subject to a misdemeanor and fined not more than \$5,000.

Any applicant or participant affected by negligent disclosure of information may bring civil action for damages, and seek other relief, as may be appropriate, against the officer or employee of HUD, the HA or the owner responsible for the unauthorized disclosure or improper use.



Chandler Arizona
Where Values Make The Difference

PETICIÓN DE ALOJAMIENTO RAZONABLE

Este es un aviso importante. Por favor hágalo traducir.

Este es un aviso importante. Sírvase mandarlo traducen.

ESTA FORMA ESTÁ DISPONIBLE EN FORMATO ALTERNATIVO SOBRE PETICIÓN

Nombre: _____ Seguro social # --

Domicilio: _____ Teléfono: --

Soy una persona con una invalidez como definido por uno o varios de lo siguiente: un daño físico o mental que considerablemente limita una o varias actividades de vida; o un registro de tener tal daño; o es considerado como tener tal daño.

Si no soy la persona con una invalidez, el miembro siguiente de mi casa tiene una invalidez como definido encima
Nombre: _____

Relación a usted (p.ej niño, padre) _____

A consecuencia de esta discapacidad, solicito el alojamiento razonable siguiente para mi casa:

Esta petición del alojamiento razonable es necesaria de modo que yo/ellos pueda:

Autorizo la Ciudad de la División de Reurbanización y Alojamiento de Chandler para verificar que tengo o alguien en mi casa tiene una discapacidad y tenemos la necesidad del alojamiento razonable que he solicitado. A fin de verifica esta información el COCHRD puede ponerse en contacto con el médico siguiente, el psiquiatra, el psicólogo autorizado, la enfermera especialista licenciada, licenciado o trabajador social, profesional de rehabilitación, o agencia de servicio no médica cuya función debe proporcionar servicios al experto minusválido, u otro en el campo de _____.

Nombre: _____ **Título de profesional experto:** _____

Agencia/Clínica/Instalación: _____

domicilio _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Entiendo que la información obtenida por el COCHRD será guardada completamente confidencial y usada únicamente para hacer una determinación por mi petición de alojamiento razonable

Por este medio verifico que la información es verdadera y exacta.

Nombre

Firma

Fecha

Mailing Address:
Mail Stop 101, PO Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

City of Chandler Housing and Redevelopment Division
<http://affordablehousing.chandleraz.gov>
Ph.(480)782-3200•Fax (480)-782-3220

Office Location:
235 S. Arizona Avenue
Chandler, AZ 85225



RE: NOTIFICACIÓN DE LISTA DE ESPERA

Querido candidato:

Gracias por solicitar Ayuda de Alojamiento con la Ciudad de Chandler. Su aplicación ha sido aceptada y será examinada para la determinación preliminar de la elegibilidad. Si usted califica con nuestras exigencias de elegibilidad, su aplicación será colocada en nuestra lista de espera en la fecha siguiente y tiempo sellado encima para los programas de alojamiento siguientes:

- Programa de Sección 8
- Viviendas Publicas

Esto es nuestro deseo de proveerle del alojamiento seguro, decente, y sanitario. La Ciudad de Chandler y la División de Reurbanización y Alojamiento reconoce que la responsabilidad al grado proporcionado según la ley protege la información que esto recibe en la determinación de la elegibilidad del candidato/participante para alojar la ayuda.

¡Advirtiendo! El título 18, la Sección 1001 del Código de los Estados Unidos, declara que una persona es culpable de un crimen si da declaraciones falsas o fraudulentas a cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

He leído y soy consciente de lo siguiente:

1. Mi aplicación ha sido presentada.
2. No voy a recibiré ayuda inmediata. Mi esperar puede ser ofrecido a partir de unos meses a más largo que un año. Las preferencias de casa ofrecidas por las autoridades de viviendas afectarán el tiempo de esperar.
3. Las Autoridades de Alojamiento me colocarán en la lista de espera y más tarde verificarán toda la información en mi aplicación.
4. Es mi responsabilidad de asegurar que todos los cambios en esta aplicación, incluso cambios de dirección, miembros de casa o ingresos deben ser relatados por escrito. Ningunos cambios telefónicos serán aceptados. Falta de relatar cambios por escrito causará el retiro de la lista de espera.
5. Si mi aplicación es quitada de la lista de espera, tendré que volver a aplicar cuando la División de vivienda de la ciudad de Chandler acepta aplicaciones.
6. Mi aplicación para alojar ayuda puede ser negada debido a actividad criminal o deudas a otras autoridades de alojamiento de cualquier miembro de casa.
7. Esta aplicación no obliga la Ciudad de Chandler a proporcionar el alojamiento tampoco esto me obliga a aceptar la ayuda de alojamiento.

Juro realmente por este medio y certifico que toda la información mía y de mi familia es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier información falsa causará mi aplicación que sea negado o terminación de mi ayuda de alojamiento. Declaro bajo la pena del perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de Arizona que la información contenida en esta aplicación de hechos es verdadera, correcta y completa.

Firma de principal de Casa

Fecha

Firma de esposo/a

Fecha

Si una persona además del candidato/participante completa esta aplicación, por favor firme y complete lo siguiente.

Nombre de Letra

Firma

Relación de candidato

Dirección

Ciudad estado código postal

Teléfono

Mailing Address:
Mail Stop 101, PO Box 4008
Chandler, AZ 85244-4008

City of Chandler Housing and Redevelopment Division
<http://affordablehousing.chandleraz.gov>
Ph.(480)782-3200•Fax (480)-782-3220

Office Location:
235 S. Arizona Avenue
Chandler, AZ 85225